STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 20256
21 april
2016

Declaratievoorschriften Wlz-zorg

Vastgesteld op 2 april 2016
REGELING CA-NR-1650c

Ingevolge artikel 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de registratie en declaratie van Wlz-zorg.

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) zijn toegelaten voor één of meer van de zorgvormen persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling als genoemd in de Wet langdurige zorg (Wlz) en die zorg of een dienst leveren als omschreven bij of krachtens de Wlz.

Deze regeling is tevens van toepassing op een natuurlijke persoon, indien en voor zover deze persoon één of meer van de navolgende vormen van zorg levert: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen b en c, Wlz.

2. Doel van de regeling

Deze regeling heeft als doel de op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen te specificeren teneinde inzichtelijke, rechtmatige declaraties te bevorderen en dubbele declaraties te voorkomen.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
3.1 *Zorgaanbieder*
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, onder 1°, Wmg.
3.2 *Wlz-uitvoerder*
De rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is en die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 van de Wlz heeft aangemeld voor de uitvoering van de Wlz, daaronder begrepen de met toepassing van artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz door de Minister van VWS aangewezen uitvoerder.
3.3 *Cliënt*
Verzekerde, als bedoeld in artikel 2.1.1 en artikel 2.1.2 Wlz, die op grond van een CIZ-indicatie zijn aanspraak op Wlz-zorg realiseert.
3.4 *ZZP*
Een zorgzwaartepakket bestaande uit een volledig pakket van verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft.
3.5 *Verblijfscomponent*
Prestatie voor het verblijf van een niet-geïndiceerde partner en voor logeren, vastgesteld in de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten,* respectievelijk de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis* en de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg.*
3.6 *ZZP-VPT prestatie*
Als intramurale prestatie worden aangemerkt de in de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten,Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis, Beleidsregel extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen* en *Beleidsregel vergoeding van inrichtingskosten bij gedwongen verhuizing* vastgestelde prestaties.
3.7 *Modulaire prestatie*
Als modulaire prestatie worden aangemerkt de in de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg* vastgestelde prestaties.
3.8 *NHC*
Een productiegebonden normatieve vergoeding voor investeringen in inventaris. Deze normatieve vergoeding bestaat uit een jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van inventaris, de rente en afschrijvingskosten te dekken bij een bezettingspercentage van 97% en bij een vastgestelde investeringsnorm.
Voor de opbouw en hoogte van de NIC-tarieven wordt verwezen naar de *Beleidsregel tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) bestaande*



zorgaanbieders en naar *de Beleidsregel invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) en normatieve inventariscomponent (NIC) nieuwe zorgaanbieders.*
3.9 *Declaratie*
Rekening van de zorgaanbieder aan de Wlz-uitvoerder voor de verrichte zorgprestatie(s).
3.10 *Declaratieperiode*
Een periode van vier weken of een kalendermaand waarover de zorgaanbieders de geleverde zorg declareren, overeenkomstig de daartoe gemaakte afspraken met de Wlz-uitvoerder.
3.11 *Onderaanneming of uitbesteding*
Er is sprake van onderaanneming of uitbesteding wanneer een door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieder de gecontracteerde zorg laat uitvoeren door een andere zorgaanbieder.

4. Declaratievoorschriften

Zorgaanbieders specificeren de declaratie als volgt:
4.1 Zorgaanbieders maken bij declaratie aan Wlz-uitvoerders in de factuur duidelijk zichtbaar welke prestaties in rekening worden gebracht en welk tarief daarbij wordt gehanteerd. De declaratie van ZZP en VPT prestaties, modulaire prestaties en NHC vindt plaats op cliëntniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per cliënt geleverde aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.
4.2 In afwijking van artikel 4.1 vindt de declaratie van de geleverde productie van een aantal prestaties plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het geleverde aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Het betreft de volgende prestaties:
- a. De dagen waarop een door de Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aangemerkt bed voor crisisopvang niet bezet is door een cliënt.
- b. Alle prestaties geleverd aan ernstig bedreigde personen die zijn opgenomen in het stelsel van Bewaken en Beveiligen van het Openbaar Ministerie.
- c. De opslagen Waardigheid en Trots voor ZZP VV4 t/m VV10 en ZZP-VPT VV4 t/m VV10.

4.3 Indien sprake is van modulaire prestaties gedurende een deel van een uur wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Indien er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten.
4.4 Zorgaanbieders in de langdurige GGZ die niet zijn toegelaten voor behandeling maken bij declaratie aan Wlz-uitvoerders in de factuur duidelijk zichtbaar welke prestaties met welk tarief worden gehanteerd voor cliënten met een GGZ-B indicatie op 31 december 2014 en op dat moment woonachtig op een GGZ-C plek. Dit houdt in dat de zorgaanbieder in het formulier bij de GGZ-B prestatie invult dat er sprake is van bovenstaande groep. Hierbij wordt aangegeven: het aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode.
4.5 Zorgaanbieders die een declaratie doen op basis van artikel 10 van de beleidsregel CA-BR-1607b, moeten aan de NZa kenbaar maken wat de feitelijke zorgvraag is van de cliënt en of deze overeenkomt met de zorgbehoefte zoals die tot uiting komt in de indicatie.

5. Declaratie afwezigheidsdagen

5.1 Zorgaanbieders declareren de prestaties voor zover deze daadwerkelijk zijn geleverd.
5.2 Voor de bekostiging van de prestaties ZZP, verblijfscomponent-niet geïndiceerde partner, logeren, KIB en alle toeslagen als bedoeld in artikel 6 van de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten* geldt als voorwaarde dat de cliënt aanwezig is in de instelling.
5.3 In afwijking van artikel 5.2 geldt voor afwezigheid het volgende:
Voor cliënten die aangewezen zijn op een ZZP prestatie komen de volgende dagen in aanmerking voor bekostiging ter hoogte van het afgesproken tarief met ingang van de eerste dag van afwezigheid van de cliënt:
- a) De dagen dat een cliënt tijdelijk is opgenomen bij een andere zorgaanbieder en daar verblijft voor:
  - Wlz-zorg met behandeling (ZZP inclusief behandeling) waarbij de cliënt eerder alleen Wlz-verblijf zonder behandeling ontving (ZZP-exclusief behandeling);
  - Revalidatiezorg waaronder ook wordt verstaan Geriatrische Revalidatiezorg zoals omschreven in de Zvw en VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging zoals omschreven in de Wlz;
  - Gespecialiseerde GGZ;
  - Medisch specialistische zorg.

Indien de cliënt waarop een situatie van toepassing is als bedoeld onder
- a) naar verwachting langer dan 91 dagen afwezig is, moet de Wlz-uitvoerder binnen de periode

van 91 dagen toestemming hebben verleend voor een verlening van de periode waarin afwezigheid wordt bekostigd.

b) De dagen dat een cliënt tijdelijk afwezig is door vakantie of detentie met een maximum van 14 aaneengesloten dagen per keer. Het aantal weekenddagen in de aaneengesloten vakantieperiode tellen hierin mee. De dagen worden alleen bekostigd indien de cliënt voor de vakantie of detentie reeds 14 dagen verbleef bij de instelling. Per kalenderjaar kunnen niet meer dan 42 afwezigheidsdagen als gevolg van vakantie of detentie worden bekostigd.

c) De dagen dat een cliënt die als leerling voor dagonderwijs staat ingeschreven en dit onderwijs ook daadwerkelijk volgt tijdelijk afwezig is door vakantie. Er worden niet meer afwezigheidsdagen bekostigd dan de wettelijke vakantieduur.

d) De dagen dat een cliënt afwezig is op zaterdag en zondag in verband met weekendverlof.

5.4 De in artikel 5.3 genoemde uitzonderingen hebben betrekking op de prestaties ZZP, verblijfcomponent niet-geindiceerde partner, logeren en KIB maar niet op de toeslagen die zijn vermeld in artikel 7 van de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*.

5.5 In afwijking van artikel 5.1 mag de declaratie van een aanbieder van verblijf of dagopvang voor zorg geleverd in het kader van intensieve kindzorg bestaan uit het aantal eenheden van de prestaties verpleging, verzorging en begeleiding dat in rekening wordt gebracht ter dekking van de kosten gemaakt voor geleverde intensieve kindzorg.

6. Onderaanneming of uitbesteding

Indien sprake is van onderaanneming of uitbesteding wordt de prestatie alleen in rekening gebracht door de zorgaanbieder die door de Wlz-uitvoerder voor de betreffende prestatie is gecontracteerd. De zorgaanbieder die de zorg in onderaanneming uitvoert of aan wie de zorgverlening is uitbesteed, mag noch een afzonderlijke prestatie noch een deel van de prestatie in rekening brengen aan de Wlz-uitvoerder.

7. Intrekking

De Regeling declaratievoorschriften Wlz-zorg, met kenmerk CA-NR-1550a wordt met ingang van 1 januari 2016 ingetrokken. Verder wordt de Regeling declaratievoorschriften Wlz-zorg met kenmerk CA-NR-1650b, vervangen door de onderhavige nadere regel bij inwerkingtreding van deze laatst genoemde nadere regel.

8. Overgangsbepaling

De Regeling declaratievoorschriften AWBZ-zorg, met kenmerk CA-NR-1550a blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

9. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt geplaatst en werkt terug tot 1 januari 2016.

Deze regeling kan worden aangehaald als: ‘Regeling declaratievoorschriften Wlz-zorg’.

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur



TOELICHTING

Inleiding

Op grond van artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij om declaratie- of factureringsvoorschriften.

Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Bijna alle prestaties die vermeld zijn in *de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten, de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven Volledig Pakket Thuis, en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg* dienen met ingang van 1 juli 2011 te worden gedeclareerd op cliëntniveau. Ook de dagen die verband houden met de tijdelijke afwezigheid van cliënten, voor situaties beschreven in artikel 5, worden op cliëntniveau gedeclareerd.

Toelichting per artikel

Artikel 4.2

De volgende uitzonderingen zijn van toepassing op het declareren op cliëntniveau.
– Voor de prestaties vermeld in de *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten* geldt een uitzondering voor de dagen dat een door Wlz-uitvoerder én zorgaanbieder aangemerkt bed/plaats voor crisisopvang niet bezet is door een cliënt. De niet bezette crisisdagen dienen wel gedeclareerd te worden op prestatieniveau maar niet op cliëntniveau;
– Op grond van artikel 10.1.3 van de Wlz is het mogelijk om een ministeriële regeling op te stellen op grond waarvan het Zorginstituut Wlz-zorg vergoedt die zorgaanbieders geleverd hebben aan cliënten die zo ernstig bedreigd worden, dat ze volstrekt anoniem dienen te blijven. Zolang de ministeriele regeling niet is opgesteld wordt de zorg bij Wlz-uitvoerders in rekening gebracht. De NZa heeft de declaratiebepaling in lijn gebracht met de bedoeling van artikel 10.1.3 Wlz. Alleen de zorg geleverd door zorgaanbieders aan personen die zijn opgenomen in het stelsel van Bewaken en Beveilgen van het Openbaar Ministerie wordt op prestatieniveau gedeclareerd. Voor de overige personen volstaat de code goed verzekeraarschap van ZN en wordt de zorg op cliëntniveau gedeclareerd.

Regels zijn gesteld om de veiligheid van vrouwen en mannen die verblijven in de opvang te waarborgen. De verblijfsplaats van deze vrouwen en mannen mag niet direct via de factuur te herleiden zijn. Met deze gegevens moet zorgvuldig worden omgegaan. Om die reden wil de NZa snel op de hoogte worden gebracht indien zich problemen voordoen in deze regeling, waardoor de veiligheid van die cliënt niet meer gewaardborgd is

De kosten die voortkomen uit de toepassing van de *Beleidsregel kosten MRSA* worden opgenomen in een jaarsluittarief. De zorgaanbieder kan deze kosten niet op prestatieniveau of cliëntniveau declareren, maar middels het jaarsluittarief.

Voor de ZZP-meerzorg en Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties bestaan de volgende regelingen ten aanzien van declaratie:
– *Regeling administratie- en declaratievoorschriften ZZP-meerzorg;*
– *Regeling administratie- en declaratievoorschriften Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.*

Artikel 4.3

De tarieven voor modulaire zorg worden door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een cliënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat men bij bijvoorbeeld zeventien minuten geleverde zorg een volledig uur in rekening brengt. Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en Wlz-uitvoerder. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en Wlz-uitvoerder aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten zorg



geleverd, vijftien minuten worden gedeclareerd en voor zes uur en twaalf minuten zorg geleverd, wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Artikel 4.4 en artikel 4.5

De prestatie GGZ-B mag in rekening worden gebracht door een zorgaanbieder in de langdurige GGZ die niet is toegelaten voor behandeling voor cliënten met een ZZP B indicatie en die op 31 december 2014 verbleven in een woonvoorziening waar ze zorg ontvingen op basis van een ZZP C. Het maximumtarief dat daarvoor mag worden afgesproken is het GGZ-C tarief zoals opgenomen in de beleidsregel CA-300-579.

De NZa maakt het mogelijk om in het formulier bij de prestatie GGZ-B kenbaar te maken dat het deze groep cliënten betreft. De zorgaanbieder moet gelijktijdig aangeven wat de feitelijke zorgvraag is van de cliënt (GGZ B of GGZ C) en of deze overeenkomt met de zorgbehoefte zoals die tot uiting komt in de indicatie.

Artikel 5

De prestaties mogen alleen in rekening worden gebracht indien ze ook daadwerkelijk zijn geleverd. De essentie van prestatiebekostiging is dat alleen de daadwerkelijk geleverde zorg wordt bekostigd.

Er zijn echter enkele uitzonderingen op deze regel in geval er sprake is van verblijfszorg. De uitzonderingen zijn benoemd. Bij tijdelijke afwezigheid moet met name worden gedacht aan vakantie, ziekenhuisopname of familiebezoek van een cliënt.

De wijze waarop intensieve kinderzorg in 2015 wordt bekostigd met modulaire prestaties is gelijk aan de wijze waarop dat in 2014 in de praktijk gebeurde. De doelgroep is wel gewijzigd. Zie voor meer informatie over de rechten van de verzekerde ‘concept van een regeling op grond van artikel 11.1.1, zesde lid, van de Wet langdurige zorg zoals de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voornemens is deze vast te stellen nadat de Wet langdurige zorg in werking zal zijn getreden”, Staatscourant 4 december 2014, nr 34386’. Dit betekent dat een aanbieder voor verblijf of dagopvang aan kinderen die op grond van de genoemde (concept) regeling intensieve zorg behoeven, naast de zorg vallend onder de prestaties verpleging, begeleiding en verzorging, ook andere kosten in het kader van intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraak in de Wlz in rekening mag brengen met de prestaties verpleging en verzorging. Hierbij kan gedacht worden aan kosten voor vervoer, pedagische ondersteuning, verblijf, voeding, schoonhouuden van ruimtes, linnengoed en huisvesting. Met artikel 5.5 zijn partijen in 2015 net zoals in 2014 vrij om te bepalen welke prestatie van de prestaties verpleging, begeleiding en verzorging zij in rekening brengen ter dekking van de gemaakte kosten bij het leveren van intensieve kindzorg.